

Nom : HABCHT

Prénom : Faiza

Médecin généraliste

EPSP Ouled Djellal



## Test d'évaluation 2

① Durée normale du P R S :

$$P R S \text{ NB} < 0,11 \text{ sec}$$

② les 18 dérivations de l'ECG

- on a 12 dérivations classiques

- et on a 18 dérivations à chaque fois qu'on suspecte un SCA

① D<sub>I</sub> ④ A V R

③ V<sub>1</sub> ⑥ V<sub>4</sub>

⑬ V<sub>7</sub> ⑭ V<sub>E</sub>

② D<sub>II</sub> ⑤ A V L

⑧ V<sub>2</sub> ⑦ V<sub>5</sub>

⑫ V<sub>8</sub> ⑨ V<sub>3R</sub>

③ D<sub>III</sub> ⑥ A V F

⑨ V<sub>3</sub> ⑩ V<sub>6</sub>

⑪ V<sub>9</sub> ⑮ V<sub>4R</sub>

D. Standard

D. précordial

Si suspect  
SCA

18 Dérivations

③ Différence entre dérivations Frontales et verticales :

- Dérivations frontales = Dérivations verticales  
= Dérivations standards  
= D<sub>I</sub>, D<sub>II</sub>, D<sub>III</sub>  
A V R, A V L, A V F

- Dérivations D<sub>I</sub>, A V L, explorent le territoire latéral haut du cœur

- Dérivations D<sub>II</sub>, D<sub>III</sub>, A V F explorent le territoire inférieur du cœur.



#### ④ Définir l' 'HVG-Électrique'

c'est l'hypertrophie Ventriculaire gauche  
on la suspecte par l'ECG qd'on a un seul  
indice pathologique parmi les suivants

##### - Socolow

$$SV_1 + R V_5 / V_6 \text{ (le + ampl.)}$$

le seul 35 mm - si age > 45 ans et seul 45 mm si < 45 ans

##### - CORNELL

$$SV_3 + R AVL$$

le seul si ♂ > 28 mm

et > 20 si ♀

##### - Lewis: $(R(DI) + S(D\cancel{I})) - (S(DI) + R(D\cancel{I}))$

Nb et après entre 14 - 17

##### - Renegre

$R V_4$  seul et 20 mm

##### - BLondreau-Heller.

$SV_2 + R V_7$  seul > 20 mm

#### ⑤ définition de :

- l'indice de Socolow :

$$SV_1 + R V_5 \text{ ou } V_6 \text{ (plus ampl.)}$$

le seul > 35 mm chez l'adulte age > 45 ans

> 45 mm - chez un sujet age < 45 ans

- l'indice de Cornell :

$$SV_3 + R AVL$$

le seul chez la ♀ > 20 mm - et ♂ > 28 mm



⑥ les derivations du territoire postero-diaphragmatique  
T. postero-diaphragmatique = territoire  
inferieur

= D II, D III. AVF

⑦ Bloc-auriculo-ventriculaire de haut-degré

BAV de haut degré est intermédiaire entre  
un BAV de 2<sup>ème</sup> degrés Mobitz A/  
et BAV complet de 3<sup>ème</sup> degré.

donc le BAV de haut degré commence  
par le type 3/1 = sur 3 onde P une  
est conduite



⑧ Durée d'un PR court et 1 PR allongé :

[PR] court  $< 0,12s$  ad 3 petit carrés

[PR] allongée  $> 0,12s$  ad 5 petit carrés

⑨ A C F A ? H B A G ?

A C F A : arythmie complète par fibrillation  
auriculaire ; c'est un trouble du rythme  
supra ventriculaire qui se caractérise par :

- Absence d'onde P bien visible au a D et V.

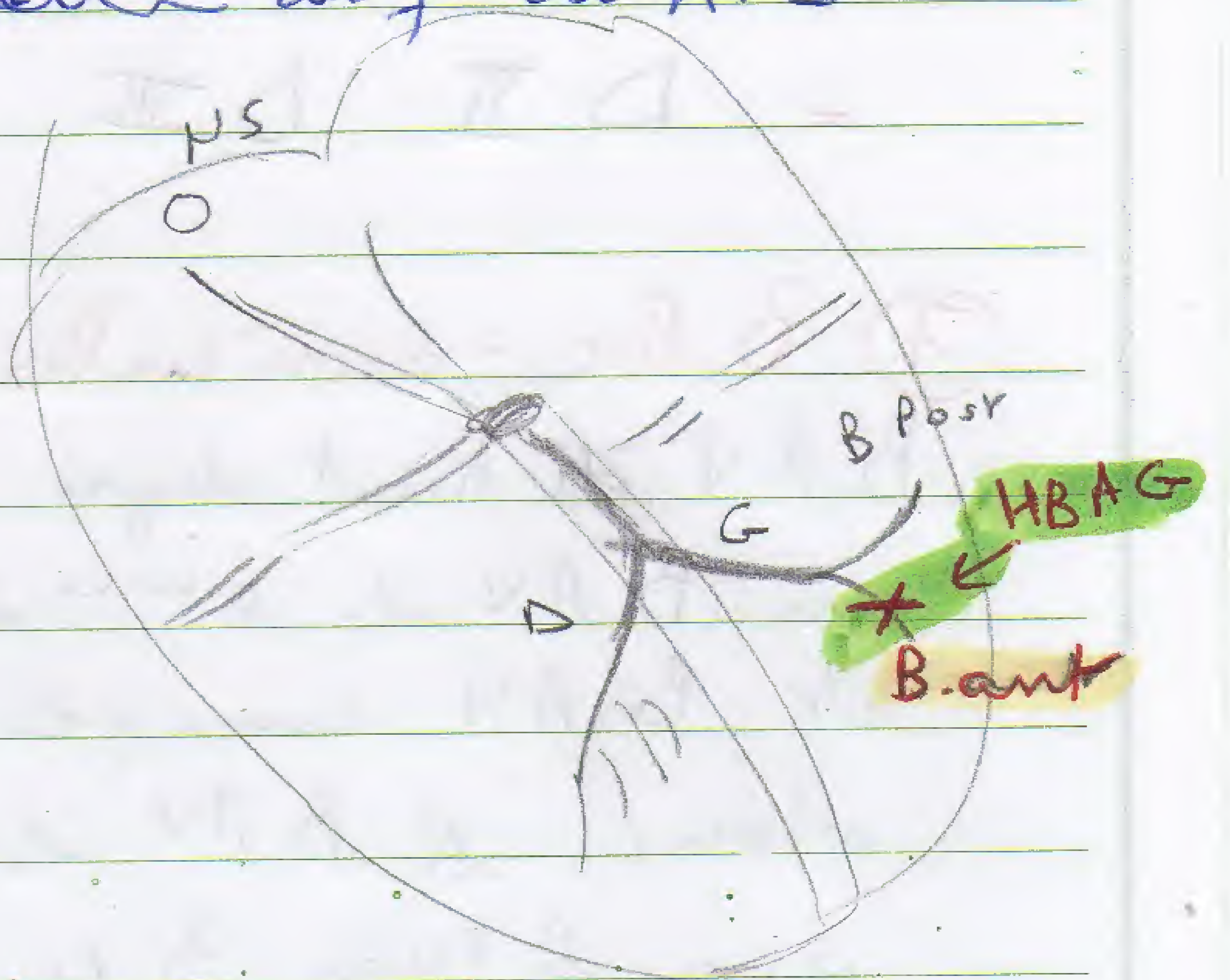
- rythme irrégulier

- stimulation de ligne de base bien

visible en V1.



H B A G : hémibloc antérieur gauche  
c'est un blocage de la conduction au niveau  
de la branche antérieure du f<sup>x</sup> de His



### 10) déf électrique d'un SCA ST<sup>+</sup>

SCA ST<sup>+</sup>: syndrome coronarien aigu avec  
sus dcalage du segment ST.

significatif CAD: plus de 2 petit carrés  
sur les dérivation: précordial dans territoire  
au minimum,

et un sus dcalage significatif dans  
les dérivation standard doit dépasser 1 petit carré  
conséquence d'un phénomène athérotrombotique.

### 11) Interprétation des graphique ABCD.

A) - alternance entre un PR SNL  
et E SV monomorphe  
Bigeminisme.

B) dans la limite du tracé  
on note une succession d'E SV en doublet  
monomorphe non soutenu.



## C) trace "C"

on a une succession d'ESV  
en triplet d, la limite du tracé  
avec un phénomène d/T  
 $\Rightarrow$  T V soutenu

## Examen final

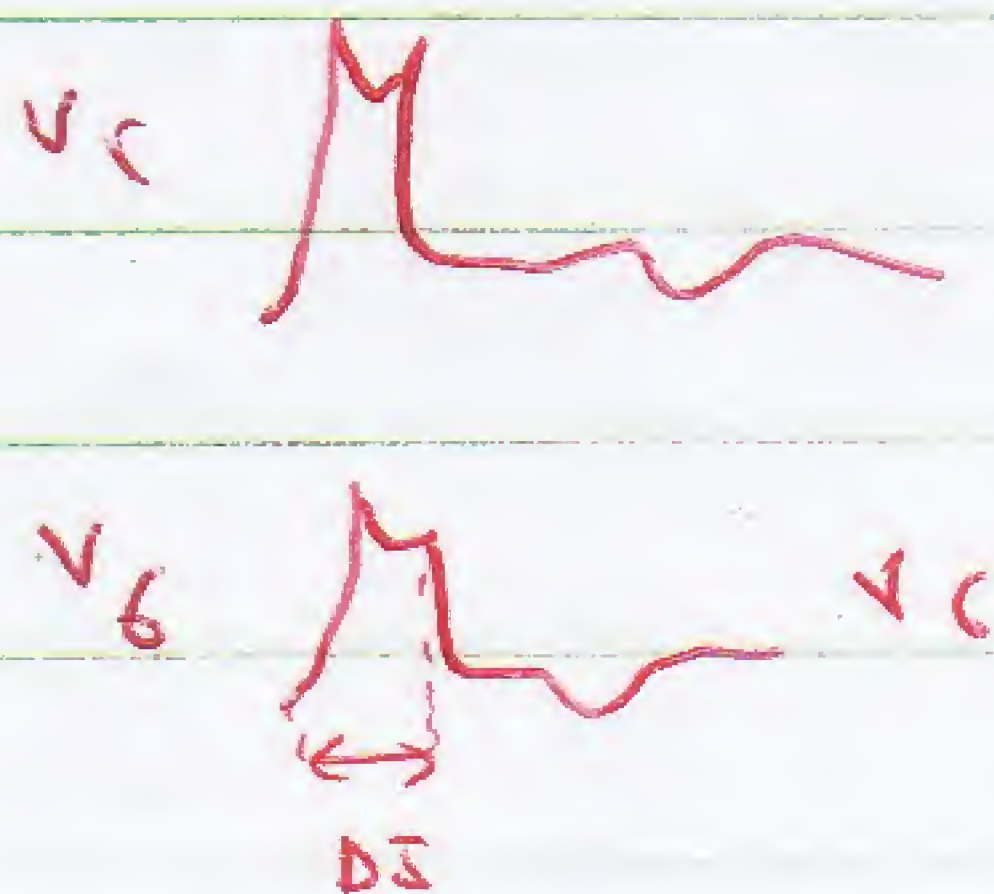
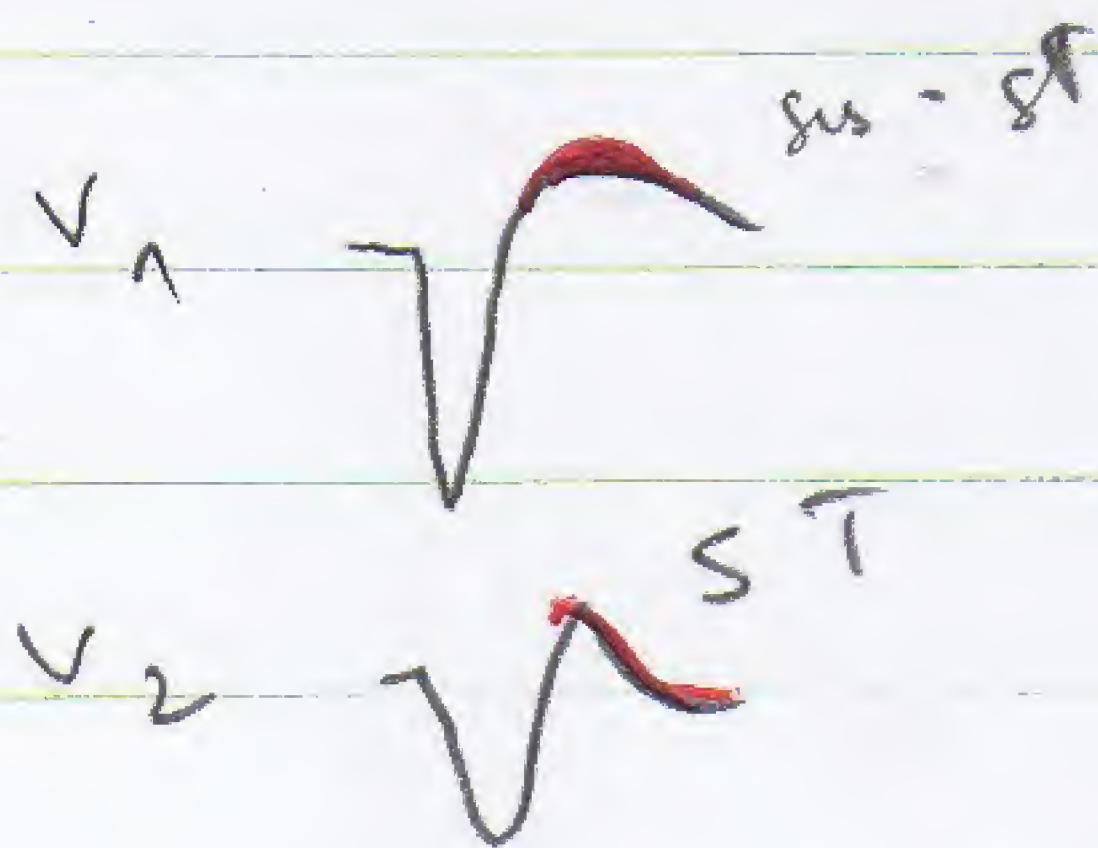
### 1) critère d'm B B G C.

Bloc de branche gauche complet

1. QRS large  $> 0.12$  critère obligatoire
2. Aspect M d, les dérivations  $V_5$   $V_6$   
et parfois DI, AVL et  $V_4$
3. Diphasie intrinsèque DI  $> 0.06$  en  $V_5$   $V_6$
4. onde profonde et large avec aspect  
OS ou rS d, les précordiales droit  
 $V_1, V_2 \pm V_3, V_4$

5 - trouble H<sup>air</sup> de la repolarisation  
à type de légère sous-décalage ST  
avec T négatif en  $V_5$   $V_6$  et parfois DI, AVL  
et  $V_4$  et parfois DII, DIII, AVF.

6. sus-décalage ST en  $V_1, V_2$   
et parfois  $V_3, V_4$



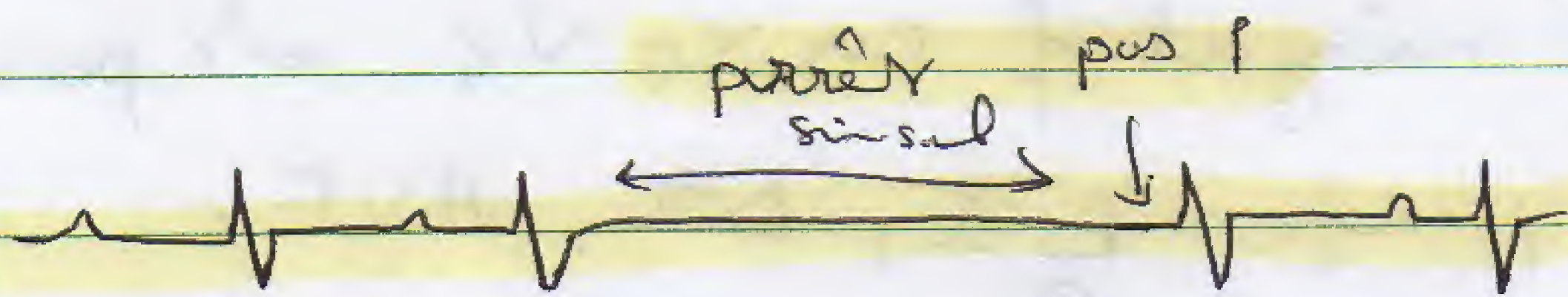


② signes électriques de l'embolie pulmonaire :

7

- le dg se pose par un fin d'argument aucun signe n'est spécifique que les signes les plus fréquents :
- tachycardie sinusale.
- déviation axiale droite
- HVD R dominante en V1
- BBD avec Vb de repolarisation
- S1 Q3
- ACFA
- ECG peut être normal.

3 / critéri. électrique d'un BSA cepteur CAD de 3<sup>me</sup> degré :  
arrêt sinusal quand le pouls n'est pas suivi d'onde P mais un complexe d'échappement précoce





8

4) comment démasquer un SCA  
sur BBG C

- signe Cabrea: décharge de la branche  
ascendante de l'onde de S en  $V_1$   $V_2$

- cassure de la courbe de croissance  
de l'onde R

- critère de Smith  $\frac{ST}{R} V_1 V_2 V_3$   
 $ST > 25\%$  et le sus-décalage dépasse  $T_{max}$

5) critère électrique d'hypoké + majeur  
T ample, pointu et asymétrique  
QR large ++

6) CAT de  $V_1$  WPW:

flexion  $\frac{1}{2}$  cp  $2 \times \frac{1}{2}$  + Magnésie  
+ orientation  $V_1$  en centre  
de rythmologie

B) cas clinique "1"

Homme 45 ans

ATCD, HTA

MDC: nausée + dyspnée (complication)

1) analyse le rythme et la fréquence  
le rythme: rythme sinus régulier  
la fréquence

$$\frac{300}{4} =$$



2) Indices de Louis et de Sokolow. /9

- Indice de Louis =  $SV_3 + R_{AVL}$   
 $= 10 + 6 = 16 \text{ mm}$

$\leq 20$  il est (+)

- Indice de Sokolow:

$SV_1 + RV_5 \text{ ou } V_6 = 10 + 30 = 40$

$> 35$  il est (+)

c'est une HVG. étiotique

3) Segment ST

sur-décalage ST en DII DIII AVF

kentien inférieur sans Q de nécrose

aVL - image en miroir en

DII, AVL, V1, V2, V3, V4, V5

conclure: SCA ST(+) en kentin

inférieur DII DIII AVF aVL image

en miroir DII, AVL, V1, V2, V3, V4, V5

4) on dose la troponine

si le symptôme persiste après 3h

on le dosage sera négatif

d'où l'intérêt du dosage au

moins 2 fois



5) CAT:

- hospitalisation

- mise en condition

- surveillance strict TA, O<sub>2</sub>, FC, FR, SO<sub>2</sub>  
scop.

- thrombolyse par le metalyse.

- r'v médical

aspirine ou SYA, IEC dose max tolérable.  
BB le plus après chez le contre-indiqué  
d'où la classification de Killip.

Statine à forte dose.

pla vix dose de charge 4-8cp  
ou effort ou Bédine

si pla vix asymétrique

Levens 1 bolus puis dose d'entretien  
insulin (rapide) / p analogue rapide  
si glycémie à l'admission > 1,80

6) programmer une angioplastie primaire

7) Prognostic: dépend de la présence  
de diagnostic et de la thrombolyse  
avant l'apparition d'onde Q.



8) analyse global de cet ECG :

- rythme sinusal régulier

- P normal en durée et en amplitude

- QRS fin axe Nb  $FC = 75$  bat/min

- PR Nb norm à 5 pc = fixe

- Sokolow (+) HVG électrocardiogramme

- sur décalage du segment ST de la dérivation

D4, D5 AVF territoire infarctique avec  
image en miroir sur DI, AVL, V1, V2, V3

V4, V5, on observe de nouveau Q

PTm : 7 pc =  $7 \times 0,4 = 0,28$ .

conclusion :

- rythme sinusal régulier  $FC = 75$  bat/min

- SCA ST (+) de la territoire infarctique

D4, D5 AVF avec image en miroir

sur DI, AVL, V1, V2, V3, V4, V5

- sur D4 long ou complexe QRS

isolé qu'on ne peut pas dire à un complexe QRS

normal faisant craindre un ESV.



6) Analyse du tracé ECG  
diagnostique de chaque tracé

① angor d'effort.

② Tachycardie à QRS fini  
supra-ventriculaire

③ angor d'effort.

④ angor d'effort

⑤ angor d'effort

⑥

⑦ A C F A

⑧ Flutter auriculaire



09) WPW

10) c'est un E S V qui se complique  
par un phénomène R/T à l'arrière  
qui bascule vers tachycardie  
ventriculaire soutenue

11) Tachy A C F A



# ECG 1.1 page: 2-3

♂ agé de 60 ans

ATCD: angine de poitrine il y a 2 ans  
bénéficiant d'un double pontage coronarien

T<sup>rx</sup>: propranolol + A-pigic + kinitin

MDC: brûlure de la poitrine

Ex<sup>o</sup>: sans particularité TA: 150/95

## 1/ Analyse de l'ECG:

- enregistrement de la condition standard vitesse et amplitude
- P-T-R négatifs en AVR  $\Rightarrow$  les électrodes bien inversées
- P N le d. l. d. en en amplitude
- rythme sinusale régulier chaque QRS et précédé par onde P a FC = 60 bat/min
- PR allongé à  $3PC = 0,36 > 0,20 \Rightarrow$  fixe  
 $\Rightarrow$  BAV I
- QRS large  $> 0,18$  = aspect M en V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>  
 $\Rightarrow$  BBD
- axe dévié vers la gauche  
DI (+) AVF (-)  $\Rightarrow$  HBGA
- ST isoelectrique par l'onde P  
 $\Rightarrow$  BBD les autres signes de c. de inf.
- DI  $> 0,06$  (DI =  $3PC = 0,12$ )
- TQ en V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>
- S amplitude DA, AVF
- pas de progression d'onde R de V<sub>1</sub> à V<sub>6</sub>  
comme de la courbe de croissance d'onde R.



- S profond en  $V_3 \Rightarrow$  probabilité d'un HVG électrique
- Sokolow:  $R V_1 + S V_5$  ou  $V_6 = 16 \ominus$
- Cornell:  $R A V L + S V_3 = 15 \ominus$
- Lueke:  $R V_4 = 14 \ominus$
- Brugada-Hellm:  $S V_2 + R V_7$

$$- QT_m = 14 \times 0,04 = 0,56 = 560$$

$$QT_c: 375$$

$$\begin{array}{ccc} -10\% & QT_c & +10\% \\ 412,5 & 375 & 337,5 \end{array}$$

$QT_m$  est  $>$  à 337,5 donc allongé

risque de tble du rythme par hypocalcémie

conclusion:

- rythme sinusal régulier à 60 bat/min
- HBG A, BBD, BAV I,
- QT allongé risque de tble du rythme
- examen de courbe de croissance d'onde R

$\Rightarrow$  signe d'infarctus probable

- pas de tble de l'excitabilité

- CAT: complète + complète les 18 dérivation
- hospitalisation en USIC. fin de ECG.
  - mise en condition + dosage de troponine + cope.



EC 6 1.2 page: 6-7

(16)

M âgé de 54 ans

Trace 1: sus d'écoulement diffus de  $V_1$  à  $V_3$  sur image  
en miroir

Trace 2: normaliste du kroucé

⇒ il s'agit d'argou



EC 6 1.3 page. 12/13

(17)

rythme<sup>non</sup> sinusoidal).

rythme fonctionnel à 4 R 5 fr  
micro voltage.

⇒ effet de dif. bilatère.



# ECG 1.4 page 17

(18)

analyse de l'ECG d'un homme âgé de 37 ans  
Victime d'un accident de sport. Caecus à la ball  
dans la poitrine

- enregistrement dans les conditions standard  
Vitesse et amplitude

- P.T.R négatif, en AVR  $\Rightarrow$  les électrode  
non inversé.

- rythme sinusal régulier FC à 75 bat/min

- onde P Nl en durée et en amplitude

- PR Nl = 3 p = 0,12 = fixe

- axe Nl, QRS fin pas d'anomalie  
de l'aspect,

- ST isoelectrique

- pas de sig d'HVG électrique

-  $QT_m = 0,36 = 360$

$QT_c = 360$

10% —  $QT_c$  — 10%

324 — 360 — 396

$QT_m = \text{normal}$

- pas de tble de l'excitabilité

- onde T Nl

- So  $Q_{0W}$ : 9  $\oplus$  négatif

- Cornell: 4  $\ominus$

Conclusion: pas de tble de l'excitabilité

- rythme sinusal régulier à 75 bat/min

- à compléter par échocardiogramme et Radiographie  
du thorax



CAT:

- Radiographie du thorax
- surveillance et antalgique



# ECG 1.5 page: 32/33

(20)

♀ 34 ans

ATCD: RAS

MDC: corp de contusion d. le p. thor.

dl localisé à la base droite SAO: 38/5A: 2/8/2

auscultation: retrouve un silence à droite.

⇒ évoque: pneumothorax

À l'analyse de l'ECG

enregistré dans les conditions standard vitesse et amplitude

- PQR négatif en AVR ⇒ les électrodes non inversées

- Rythme sinusal régulier FC à ~ 66 bat.

- PNL en durée et en amplitude

- PR Nl fixe

- axe Nl.

CA: insufflation pluviale



rythme non sinusal

pas d'onde P

complexe digitialisé déformé

signe d'impregnation digigital

FC à 10

BAV de haut degré

CAT

Hospitaliser en USIC

arrêt immédiat de digigital

prévenir pour la digoxine

perfuser de chlorure de K antidote

de digoxine

Kcl 2 up + 10 cc glucose

si CPC rythmique

BAV: atropine s/c

TRV: lidocaïne +  $Mg^{+2}$



# ECG 2.2 page 48/49

(22)

♂ age: 57 ans

ASCD : ulcère gastrique - D. HTA 5/11

=> syncope

Analyse de l'ECG

enregistrement d. les conditions standard  
vitesse et amplitude

- électrode non inversée V<sub>1</sub> (AVF)
  - rythme sinusal irrégulier FC à  $\approx 70$  bat/min
  - brimblature de ligne de base
  - pas d'onde P bien visible
  - QR s large => aspect M en V<sub>1</sub> V<sub>2</sub>
- => B B D

- axe gauche => présence d'un HBGA

conclusion :

- A C F A : arythmie complète par f. bradycardique  
auriculaire FC à 70 bat/min

B B D

- HBGA

## CAT:

Hospitalisation + Mise en condition

typique l'ACFA chronique ou ancienne.

Score d'ACFA selon le SCORE CHD de VAS

pour donner un anticoagulant.

Si ACFA récente, il faut rétablir  
le rythme de base par 2 façons :



soit une cardio version chimique par les médicaments  
ou cardio version électrique

mais pas de choc sans avoir éliminé un  
thrombus cardiaque.

plus les antiarythmiques



ECG 2.3 page: 54-55

QR:  $\text{length} > 0,12s$

$\Rightarrow$  BBD aspect M en  $V_1, V_2$

axe N.  $FCa \approx 38 \text{ bpm/min}$

T  $\sim$   $V_1, V_2, V_3$

avec S on parle en  $V_1, V_2, V_3$  DI

+ ~~BAV~~ BAV  $\Delta$  Mobits 2  $\frac{2}{1}$

CAT:

MEP: Pace Maker



# ECG 2.4 page: 62-63

rythme sinusale regulier FC a Positiv:  
are normal

P normaler Amplitude  
= P R alligant  $\Rightarrow$  BAV  $\nrightarrow$  alligant  $\Rightarrow$  normal

Sokolow: 20 mm  $\ominus$

Coron. 6  $\ominus$

pos 1 HVG elich



ECG : 2.5

page: 68-69

(26)

- BBD

- BAN ~~1~~



## ECG 3.1 page. 38/93 :.

- rythme sinusal régulier à  $FC \approx 60$  bat/min
- $P$  Nh en durée et en amplitude.
- $PR$  allongé
- axe gauche  $\Rightarrow$  H B G A.
- $QR$  s long  $\Rightarrow$  aspect M en  $V_1, V_2 \Rightarrow$  B B G.
- $DS > 0,06$
- trouble de dépolarisation T négatif en  $V_1, V_2$
- S profond en  $V_1, V_2$  aspect  $\approx S$
- $V_1, V_2$  en sus-décalage  $\uparrow$  ne dépassent pas 5 mm
- pas de signe de Cabrea.
- pas de cassure de segment d'onde R en  $V_1$  à  $V_4$ .

donc pas de signe d'infarctus.

- sauf : un T négatif en DI AVL

Conclusion :

- Rythme sinusal régulier  $FC \approx 60$  bat/min
- H B G A
- B B G C
- T négatif en DI AVL  $\Rightarrow$  à compléter de 18 dérivation  $\Rightarrow$  SCA a
- dosage de troponine



## ECG 3.2 page 104/105

(28)

- Flutter auriculaire

(dents de scie) FC à 150 bat/min

CAT : des BB bloquent et la Mide en place

d'un pace maker, en 1<sup>er</sup> les manœuvres vagales

## ECG 3.3 page: 108/109

Flutter auriculaire FC à 150 bat/min  
aspect en dents de scie

CAT : d'abord le T<sup>°</sup> de l'OAP  
— par la la vilix et la narcon

Vingot par la tachycardie

une fois il est soulagé on BB bloquent

et l'implant d'un Pace Maker.

## ECG 3.4 page: 114/115.

rythme sinusal régulier

tachycardie supra ventriculaire à QRS fin  
une très probable jonctionnelle.

FC à 150 bat/min

CAT : auscultation à la recherche d'un OAP.

réduire la tachycardie par les manœuvres

Vagale ECG à refaire

et bil en urgence et hospitaliser



ECG 3.5 page: 122 / 123

(29)

fibrillat Ventricul FV.

CAT choc électrique extra

Sans attendre

ECG 3.6 page: 128 / 129.

Trace "1": on a une alternance entre PRS.

normal et un extra syst<sup>ol</sup> Ventricul monophasique  
suivi d'un repos compensateur

c'est une Bigeminisme

Trace "2"

on a un phénomène de R/T

Es ronde sur l'onde T

direction V

CAT: Hospitalisation USIC s'écop.

recherche un cardiopathie ischémique

on donne du magnésium

$\frac{1}{4}$  cp de tém<sup>ol</sup> +  $\frac{1}{4}$  cp avlocorolyl pd 1 sem



# EC G 3.7 page: 134/135

- tachycardie à QRS large = aspect M  
⇒ tachycardie à 150 bat/min en  $V_5 V_6$
- axe gauche: HBGP
- signe de SMITH en cas de BBG  
 $\frac{ST}{S}$  en  $V_2 > 25\% = 1.0$  ⇒ SCA ST+

BBG: QRS large > 0.1, aspect M en  $V_5 V_6$   
Tb le rep. initial négatif en  $V_5 V_6$ , avec sous-décalage ST  
 $DI > 0.06$  présence d'un Q de rétrocard  $V_1$   
sous-décalage ST:  $V_1 V_2 V_3$

## Conclusion

- BBG avec SCA ST+
- HBGP
- pas de Cabreux

## CAT: USIC + Mise en condition

- à capillaire de 18 dixièmes
- dosage de troponine
- auscultation à la recherche d'OA
- aspirogic + IEC, BBG en absence CI
- statine + plavix + Aza +
- angioplastie de sauvetage.



## ECG 3.8 page: 142/143

(31)

tachycardie Ventriculaire

qui bascule - la torsade de point

CAT: choc électrique externe

avec antiarythmique

## ECG 4.1 page: 148/149

rythme sinusuel régulier FC à 100 bat/min

PNB en amplitude et en durée

axe gauche  $\Rightarrow$  HBG A  $\phi$  R S fin

sous décalage ST  $V_3 V_4$  avec T  $\ominus$  en  $V_4 V_5 V_6$

pas d'image en miroir pas d'onde p.



32

ECG: 4.2 page: 154 / 155 :

- sus-décalage du segment ST significatif  
d, le territoire inférieur DII, DIII, AVF  
avec image en miroir en DI, AVL  
 $V_1, V_2, V_3, V_4, V_5$   
pas d'onde Q

Conclusion

SCA ST $\oplus$  en inféri DII, DIII, AVF  
avec image en miroir en DI, AVL,  $V_1, V_2$   
 $V_3, V_4, V_5$

Rythme régulier FC à 38 bat/min  
d, le bruit du cœur pas de bruits de l'exhalation

CAT:

- à compléter de 18 dérivations
- Hospitalisation en USC
- Aspirine, statine, IEC, plavix
- thrombolyse
- angioplastie percutanée



ECG: 4.3 page: 174/175

(33)

sus - décalage du segment ST onde de P ou de Q  
significatif

d, le territoire inférieur D II D III, AVF  
avec image en miroir D I AVL

aucun sus décalage V<sub>3</sub>R V<sub>4</sub>R significatif  
territoire VD pas d'onde Q de nécrose

conclusion

rythme sinusal régulier FC à 75 bat/min

SCA ST ⊕ d, le territoire inférieur  
D II, D III, AVF et VD V<sub>3</sub>R V<sub>4</sub>R  
avec image en miroir D I AVL  
CAI.

- No aspirine USIC

- dosage Vasofer

- aspirine, IEC, plaquix, low dose

- BPH + statine

- thiothym

- angioplastie percutanée



ECG Y. Y page: 180/181.

(34)



ECG 4.5 page: 186/187 ::



ECG: 4/6 page: 192/193

rythme électro stimulé à 75 bat/m

Présence de SPIKE Ventricul

Conclusion :

rythme électro stimulé à 75 bat/m

Pace Maker Monochambre fonctionnel

ECG 5.7 page: 198/199.



analyse de l'ECG :

- enregistré dans les conditions standard
  - les électrodes n'ont pas inversé le rep. d. AVR.
  - rythme sinusal régulier  $FC \approx 85$  bat/min
  - P Nb d. la dur et d. l'amplitude.
  - sus-décalage diffus concave vers le haut
  - sous onde p ni image en miroir,
  - axe Pte
  - PR Nte mesuré à 14 mm. Tangle diffus
- conclusion : rythme sinusal régulier à 85 bat/min  
aspect sus-décalage concave diffus  
évocatif d'une péricardite aiguë sèche

CAT :

ECG à refuser et compléter par 18 dérivation  
pour éliminer une SCA ST (+) si n'importe  
pas d'aspect d. le Kmp, dosage de troponine  
le diagnostic le plus probable  
est la péricardite aiguë sèche  
le contexte clinique est typique.

le 1<sup>er</sup> sera :

aspirine par 0.5 3 x 1<sup>j</sup> (1g) pdt 5j  
ensuite 2g 1<sup>j</sup> pdt 15j  
le tous 1 mois avec des IAP.



## ECG 5.2 page: 208.209

38

- condition standard d'enregistrement
- élection non inverse
- rythme sinusal, P Na d. la durée et l'amplitude
- PR = TPc = 0,28 allongé = fix = BAV I
- QRS large > 0,11 FC = 106 bat/min
- aspect M en V5, V6  $\Rightarrow$  BBG.

Sg de Cabrita crochete S d. sa brach  
ascendante  $\Rightarrow$  Sg d'infarctus

$$DS > 2pc \approx 0,08$$



Tachycardie à 120 bat/min à QRS fin  
rythme sinusal ~~irrégulier~~ régulier. Axe Nh.  
sus décalage du segment ST d. le territoire  
V<sub>1</sub> V<sub>2</sub> V<sub>3</sub> V<sub>4</sub> antéro-septo apical  
avec image en miroir en DI, DII et AVF  
pas d'onde Q de nécrose, avec une souffrance  
en V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>, T ampl. lat bas  
conclusion:

rythme sinusal ~~irrégulier~~ régulier FC à 120  
tachycardie significatif

SCA ST(+) d. le territoire antéro-septo-  
apical avec souffrance en V<sub>5</sub> et V<sub>6</sub>  
lat bas ;

- suspect de métabolisme et

Paciodetose diabétique déséquilibrée  
glycémique.

CAT:

- à compléter 18 dérivations
- ~~1~~ opikulisatri en HSc + Mire en condition
- dosage de troponine
- 20 mg d'aspirine en IV D
- IEC dose max tolérable, P.B. log

Pu être une fréquence de 60-70 bat/min  
après avoir éliminé un OAP.

Statine à forte dose. TAVR 80  
plvix date de change 4-8 c p ou effort  
ou briliq ~



Si plaie agave injectable

Si d'v morphine

- l'usage 1 bolus

- in suite par analogue rapide

~~Si~~ programme en angioplastique  
surveillance strict FC, FR, pouls

en ionogramme sang

Bil glycaémie

thrombolyse par urokinase.



## ECG 5.4

(41)

- analyse d. des bonnes conditions
- électrodes non inversées
- P N Q d. la durée et d. l'amplitude
- rythme sinusuel régulier à QRS fin
- Fc à 150 bat/min

Socobor: 20 - -

corneille: 14 + 6 = 20 - 0

pas d'HVG

axe Nh

bon décalage ST en V5 V6 pas de Q de mi-cœur

CAT:

monité d'OAP par une injection de la vix  
Haug en ID à remonter ECG à repri  
avec 18 diminution



ECG : 5.5 page, 224, 225

(42)

ECG1:

SCA à type de T négatif def  
en  $V_1, V_2, V_3$

ECG2:

Tampon avec modification ST d.  $V_1, V_2, V_3, V_4$   
après d'un aspect  $Q$  S en  $V_1$

IDM aigu en antéro-septo apical

Sus image en miroir

à compléter de 18 données

dosage de troponin

angioplastie de sauvetage

aspirine statine, pleuvi + IBC

inhibiteur de l'enzyme par analogue rapide

Ca<sup>2+</sup> glyc à  $> 1,8$  g

$\beta$  bloquer en cas de contre indication



ECG: 5.6

axe gauche  $\Rightarrow$  HBA

$$QT_m = 10 \text{ pc} = 0,4 = 400$$

$$1/10 - - QT_c + 10^{-1}$$

$$324 \quad 360 - 396$$

$QT_m$  allongée  $\Rightarrow$  risque de Tbl

du rythme ventriculaire

ECG 5.7 fin - bilan de calcium



ECG5. 14 page: 276. 275

Synchronisme de Bregada  
sus décolage ST de 3mm avec aspect  
en selle en  $V_1, V_2$ .  
CAT : MEP de DAI



ECG 5.13 page:

a systolic ligne isochron  
⇒ mesm de minimis